Ueber

EINIGE FÄLLE VON SYPHILIS

im

späteren Kindes- und Jugendalter.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

A. RIFF

appr. Arzte.

WIEN 1887.

Selbstverlag des Verfassers.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Kussmaul.**

Ueber einige Fälle von Syphilis im späteren Kindes- und Jugendalter.

Von

A. Riff.

Es ist vor Kurzem eine Arbeit von Prof. A. Wolff[1]) erschienen, in welcher 8 in der Strassburger dermatologischen Klinik beobachtete Fälle von tardiv hereditärer Syphilis mitgetheilt werden.

Es sind inzwischen 3 neue Fälle von Syphilis im späteren Kindes- und Jugendalter im Laufe des Sommers 1886 behandelt worden, deren Beschreibung und Discussion den Grund meiner Arbeit bilden sollen. Ausserdem soll hier noch der bereits von Prof. Wolff in Kürze mitgetheilte Fall Nr. VI in der oben citirten Arbeit in extenso beschrieben werden.

Wir werden bei der Besprechung dieser 4 Fälle hauptsächlich darnach streben das Mass von Wahrscheinlichkeit, welches für hereditäre oder im Kindesalter acquirirte Lues spricht, auf Grund der Symptome, aus denen die heutige Wissenschaft Schlüsse zu ziehen erlaubt, darzuthun.

Wir lassen zunächst die Beschreibung der 4 Krankengeschichten folgen und beginnen mit der von Prof. Wolff in Kürze mitgetheilten.

---

[1]) A. Wolff über Syphilis hereditaria tarda in Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann N. 273. Leipzig 1886.

Vorerst aber sei es uns noch gestattet, Herrn Prof. Wolff für die gütige Ueberlassung der Fälle und für die der vorliegenden Arbeit gewährte Förderung unseren verbindlichsten Dank auszudrücken.

I. Beschreibung der vier Fälle.

Fall I. M. Karl, geboren 2. Jänner 1857 zu Zabern. Lehrer.

Anamnese. Der Vater des Patienten starb 1874 an einer Rückenmarkserkrankung nach 5—6jährigem Leiden. Seine Mutter ist seit 38 Jahren Hebamme. Im Jahre 1856, in ihrem 55. Lebensjahre, während sie im sechsten oder siebenten Monat mit dem Patienten schwanger ging, inficirte sie sich bei Gelegenheit einer Geburt. Es entwickelte sich an der linken Hand in der Falte zwischen dem dritten und vierten Finger, wo jetzt noch eine weisse circa zwei Centimeter lange Narbe sichtbar ist, ein Geschwür, das sich langsam ausdehnte, einige Drüsenanschwellungen am Arme hervorrief und erst drei Monate später post partum heilte. Ausser diesem Geschwüre will die Mutter während zehn Jahren keine Erscheinungen bemerkt haben. Sie nahm auch blos einige Dosen JK, das sie in Folge von Magenstörungen bald bei Seite liess. Nach zehn Jahren erst zeigten sich kleine Knötchen um den Mund, namentlich auf der Oberlippe, die sich zuweilen mit Krusten bedeckten und circa ein Jahr bestehen blieben.

1875 neue allmälig auftretende Eruption von Knötchen und Krusten auf der Oberlippe, Nase, Stirn, Kopfhaut und linksseitigen Halsregion mit ulcerösem Zerfall der Haut.

Erst nach 3—4 Jahren consultirte sie Prof. Wieger, der die Diagnose auf tuberculös-ulceröses Syphilid stellte und die Frau einer Schmiercur von 24 Einreibungen unterwarf, worauf der Process rasch heilte unter Zurücklassung grosser, entstellender Narben. Vor der Infection hatte die Mutter dreimal geboren:

1. Sohn, der mit $1^1/_2$ Jahren starb.
2. Tochter, die im 24. Lebensjahre an Phthise zu Grunde ging.
3. Tochter, die mit 28 Jahren im Wochenbett einer acuten Lungenkrankheit unterlag.
4. Patient.

Ferner noch drei Kinder, von denen das fünfte und sechste im ersten Lebensjahre, das siebente im sechsten starben an nicht zu ermittelnden Krankheiten.

Der Patient war nach Angabe der Mutter bei der Geburt ausserordentlich stark und wurde von ihr ernährt. Aber schon nach vierzehn Tagen stellte sich eine sichtbare Abmagerung ein. Nach sechs Wochen zeigte sich am Hals ein blatternähnlicher Ausschlag, der jedoch unter Reispulverbestreuung nach einigen Tagen verschwand. Auf Anrathen eines Arztes wurde das inzwischen sehr heruntergekommene Kind einer gesunden

Amme übergeben. Im fünften Lebensjahre beiderseitige Augenaffection, die nach sechsmonatlicher Behandlung namentlich mittelst Einstäubungen eines weissen Pulvers (Calomel?) heilte und Cornealtrübungen zurückliess. Zu gleicher Zeit litt Patient auch an einem langwierigen Ausfluss an beiden Ohren, der nur mit Einspritzungen von lauwarmem Wasser bekämpft wurde. Im zehnten Lebensjahre abermalige, diesmal ein Jahr dauernde Augenaffection, die ohne Therapie heilte. Dass es sich damals nicht nur um Keratitis, sondern auch um Iritis handelte, wird durch die Angabe eines Ophthalmologen bestätigt, der vier Jahre später hintere Synechien auf dem rechten Auge constatirte. Patient war in seiner ganzen Kindheit schwach und anämisch, hatte wenig Appetit und blieb bis zum 19. Lebensjahre sehr klein. Er war stets der kleinste unter seinen Schulkameraden, schoss aber plötzlich mit 19 Jahren in die Höhe. Inzwischen hatten sich eine Scoliose der Wirbelsäule und Verkrümmungen der Schienbeine entwickelt. Auch litt Patient im 17. Lebensjahre an einem Abscess hinter dem rechten Ohre, der nach kurzer Zeit einen übelriechenden Eiter nach Aussen und in den äusseren Gehörgang entleerte und während drei bis vier Wochen unter Kopfschmerzen und Unwohlsein Eiter secernirte. Im nächstfolgenden Jahre wurde Patient vorübergehend von einer einmaligen Hämoptoë (circa ein Glas voll Blut) ohne Prodromen noch Folgen befallen. Im 20. Lebensjahre beiderseitige Pneumonie, von der er sich erst nach $3^1/_2$ Monaten vollständig erholte. 1878 stellten sich Ulcerationen am Gaumen und Pharynx mit Zerfall der Uvula und Loslösung mehrerer Knochensplitter ein. Der Process wurde erst nach einigen Wochen mit glänzendem Erfolge durch eine Quecksilber- und Jodcur bekämpft, die Prof. Wieger einleitete. (Zur selben Zeit, als die Mutter mit Quecksilber geheilt wurde.) Seither trat nur noch vorübergehend eine dreitägige Hämoptoë während seines Lehrerexamens auf. An Stockschnupfen leidet Patient seit dem 14. Lebensjahre fast beständig. Auch hatte er öfters Bronchitiden. Dauernde Heiserkeit datirt von derselben Epoche ungefähr. Acne des Gesichtes und des Rückens, die Patient fälschlich auf Lues zurückführt, stellten sich in den letzten Jahren öfters ein.

Die Erkrankung des rechten Auges, wegen welcher Patient auf die Klinik aufgenommen wurde (11. Februar 1885), begann Ende November 1884. Anfangs hatte Patient nur das Gefühl eines Fremdkörpers im Auge ohne Epiphora oder Photophobie. Allmälig wurde das Auge roth, es stellten sich dumpfe Schmerzen in der Orbita ein, verbunden mit Lichtscheu und Thränenfluss. Atropininstillationen, die Prof. Laqueur verordnete, schafften Anfangs Besserung. Aber bald verschlimmerte sich wieder der Zustand. Das Auge wurde hochroth und sehr schmerzhaft und das Sehvermögen bedeutend reducirt (Patient konnte nur noch auf 1 Fuss Distanz die Finger zählen), so dass Patient auf Anrathen von Dr. Wolff sich einer mercuriellen Cur zu unterziehen beschloss.

Bei der Aufnahme ins Spital am 11. Februar 1885 wurden ausser den erwähnten Erscheinungen, Trübungen der Hornhaut, Verfärbung und

Anschwellung der Iris und drei hintere Synechien constatirt, so dass die Pupille das Aussehen eines Kleeblattes hatte.

Die Therapie bestand in täglichen Einträufelungen von 4—5 Tropfen einer $^1/_2\%$ Atropinlösung und täglichen Einspritzungen von 0·01—0·02 Gramm Glycocollquecksilber in den Rücken. Schon nach der fünften Injection waren die beiden äusseren Synechien gelöst, das Auge weniger empfindlich, die Conjunctiva weniger injicirt, das Kammerwasser hell. Nach der zehnten war die Conjunctiva nur noch rosenroth. Patient konnte ohne Schmerz noch Thränenfluss ins Helle sehen. Nur blieb die hintere, obere Synechie unverändert bestehen. Der Zustand besserte sich täglich; aber selbst nach der 24. Injection (25. März 1886) war immer die eine Adhärenz nicht gewichen.

Nach seinem Austritte aus dem Spitale nahm Patient noch längere Zeit JK.

Seither geht es ihm sehr gut. Der hartnäckige Schnupfen ist durch die Einspritzungscur ebenfalls beseitigt worden.

Am 20. Jänner 1887 sehen wir den Patienten wieder und notiren folgenden Status:

Status präsens. 20. Jänner 1887.

Patient ist sehr gross und ausserordentlich mager.

Körperlänge: 1·75 Meter.

Körpergewicht: 130 Pfund.

Die Hautfarbe ist blass, ins Graue spielend. Auf der Nase leichter Grad von Acne rosacea. Im Gesichte, namentlich auf der Stirne und auf dem Rücken zahlreiche Acneknoten. Die Nägel sind nirgends verändert. Der Haarwuchs ist etwas dürftig. Cilien, Augenbrauen, Schamhaare, Achselhaare sind vorhanden, aber im Ganzen spärlich. Die Geschlechtstheile sind normal; namentlich besteht keine Verdickung der Hoden. Die Lymphdrüsen sind überall durchzufühlen, obwohl nur in geringem Grade hypertrophisch. Der Schädel ist symmetrisch angelegt, die Stirne gerade; nirgends sind Exostosen vorhanden. Die Wirbelsäule bietet in der Gegend der mittleren Brustwirbel eine sehr ausgesprochene Verbiegung nach rechts mit einer compensatorischen Scoliose der Lendenwirbelsäule nach links. An den oberen Extremitäten ist keine Abnormität zu constatiren, dagegen zeigen die Schienbeine durch knöcherne Auflagerungen eine Convexität nach vorne. Bei seitlicher Beleuchtung erscheinen beide Hornhäute wie angehaucht, an einzelnen Stellen sind punktförmige stärkere Trübungen. Rechts ist die Iris nach oben und innen an einer Stelle mit der Linsenkapsel verwachsen. Auf der letzteren verlaufen einzelne glänzende, weissliche Streifen. Links ist ausser den Hornhauttrübungen nichts Abnormes zu constatiren. Der Augenhintergrund und das Sehvermögen wurden nicht genauer untersucht. So viel steht fest, dass Patient feinere Schriften nur aus der Nähe sieht und dass Gläser das Sehvermögen nicht verstärken. Die Kiefer sind symmetrisch. Das Zahnfleisch ist blass und etwas locker. Die Zähne sind gut gestellt und ausser einem leicht gelblichen Belag längs des Zahnfleisches, ist der Schmelz gut

erhalten. Es fehlen die ersten grossen Backenzähne mit Ausnahme des linken oberen, der cariös ist. Die vier Weisheitszähne sind vorhanden und gut gebildet. Die Schneidezähne zeigen mehrere oberflächliche Längskerbungen. Die mittleren oberen haben überdies an ihrem freien Rande einen milchigen Querstreifen, der auf dem linken schon am Verschwinden ist. Ob Patient Semilunarincisionen gehabt hat, ist mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschliessen.

Das Gaumengewölbe ist sehr hoch und spitzbogenartig. In der Kuppe ist eine weissliche Narbe, keine Perforation zu constatiren. Ein kleiner Rest der Uvula ist mit dem linken hinteren Gaumenbogen verwachsen. Beide hinteren Gaumenbögen sind sehr hoch mit der hinteren Pharynxwand verlöthet und lassen nur eine kleine Communicationsöffnung mit dem Nasenraum zwischen sich. Sämmtliche sind narbig verdickt. Auf der hinteren Pharynxwand verlaufen zahlreiche, narbige Stränge. Die Stimme ist heiser, aber trotzdem Patient den ganzen Tag sehr laut sprechen muss, nimmt die Heiserkeit nicht zu. Patient erklärt sich diesen Umstand durch die Annahme, dass die Kehlkopfschleimhaut verdickt und deshalb weniger empfindlich ist. Bei der laryngoskopischen Untersuchung findet man in der That die Schleimhaut überall dick und wenig succulent, ferner sind die Stimmbänder etwas uneben, grau und schliessen schlecht.

An den Ohren wurde von Prof. Kuhn folgender Befund notirt:

Links ist das Trommelfell kalkig infiltrirt und zeigt unten eine geheilte herzförmige Perforation.

Rechts ist das Trommelfell mässig verdickt, kleine offene Perforation nach vorn und unten.

Rechts: Politzer 1·20 Meter, Flüstersprache 3 Meter.
Links: „ 4·— „ „ 4 „

Die Knochenleitung ist auf beiden Seiten gleich. Links ist die Luftleitung besser.

Herz und Lungen normal. Nur hört man in den hinteren und unteren Theilen der Luftröhren beiderseits grobes Schleimrasseln. Die Lebergrenze ist nach oben normal, nach unten geht sie zwei Finger breit unter den Rippenbogen.

Der Urin enthält weder Zucker noch Eiweiss.

Fall II. L. Augustine, geboren 21. August 1866 in Strassburg. Dienstmagd.

Anamnese. Der Vater unbekannt. Die Mutter war Dienstmagd und starb im November 1870 angeblich an Variola. Zwei jüngere Geschwister starben im Waisenhause (das Eine mit $3^1/_2$ Jahren, das Andere mit drei Monaten) wie es scheint, ebenfalls an den Blattern, die damals (Ende 1870 und Anfangs 1871) stark verbreitet waren. Etwas Näheres über die Familie ist trotz sorgfältiger Nachforschungen nicht zu ermitteln gewesen. Patientin

wurde verschiedenen Pflegeeltern übergeben, in deren Zeugnissen nichts Ungünstiges mitgetheilt wird.

1878 wurde Patientin (1. Februar bis 1. März) in der hiesigen Augenklinik wegen „parenchymatöser Keratitis“ behandelt. 1879 verblieb sie ein zweites Mal vom 8. Mai bis 26. Juni auf derselben Abtheilung wegen desselben Uebels. Leider wurden keine genaueren Angaben über status präsens und Therapie in den Registern aufgefunden. Geregelt wurde Patientin im 17. Lebensjahre. Die Periode, die seither normal war, ist seit drei Monaten ausgeblieben. Anfangs des Winters 1885 litt Patientin, wie es scheint, an acutem Gelenkhydrops im linken Knie, ohne besondere vorausgehende traumatische Einwirkung; heilte jedoch nach vierwöchentlicher Behandlung unter Bettruhe und Jodtincturbepinselungen.

Vor circa acht Wochen wurde Patientin von einem Ausflusse aus der Nase, der stets intensiver wurde, befallen. Die Nase schwoll an, wurde schmerzhaft. Das linke Nasenloch erfüllte sich mit Krusten, die sich stets erneuerten und dichter wurden, bis der Gang vollständig obliterirt wurde. Dabei bestand leichte Ozaena. Zu gleicher Zeit bemerkte Patientin auch eine Abnahme des Gehörs auf der linken Seite ohne Ausfluss aus dem Ohr. Es traten nun auch Schmerzen im Halse auf. Das Schlucken wurde erschwert. Vor drei Wochen erblickte Patientin ein kleines Loch auf dem Gaumengewölbe, das von Tag zu Tag grösser wurde. Knochenstücke sollen sich nicht losgelöst haben. Ein Arzt schickte sie nach zehntägiger Behandlung mittelst Pillen und Höllensteinlösung am 3. April 1886 ins Spital.

Status präsens.

Körperlänge 1·50 Meter.

Körpergewicht 82 Pfund.

Das Aussehen der Patientin lässt eher auf 16—17 Jahre als auf 20 schliessen. Das Fettpolster ist ziemlich gut entwickelt. Der Haarwuchs, der im Ganzen nicht reichlich ist, ist namentlich an den Genitalien dürftig. Auch ist die Configuration der Schamtheile infantil. Der Hymen ist gelappt, was nach Angabe der Patientin durch einen Fall auf einen „Pfosten“ vor einigen Jahren zu Stande kam. (?) Die Vagina ist nur unter Schmerzen für zwei Finger durchgängig. Die Nägel bieten keinerlei Abnormitäten. Der Schädel ist klein und asymmetrisch, indem das linke Scheitelbein etwas höher steht, wie das rechte. Keine Vorwölbung der Stirn; keine knöcherne Auflagerung auf dem Schädeldach. Die Brüste sind sehr klein. Der Bauch etwas aufgetrieben und auf Druck empfindlich. An dem unteren Drittel beider Schienbeine ist eine auf Druck schmerzhafte Stelle, die rechts stärker ausgesprochen ist wie links, mit geringer Verdickung des Periostes. Die Extremitäten leicht cyanotisch. Spontane Schmerzen gegen Abend in den Unterschenkeln. Auf der rechten Cornea ist ein feiner nebeliger Schleier zu constatiren, der bei seitlicher Beleuchtung keine körnige Structur zeigt. Das linke Auge weist keine Veränderungen auf. Das Sehvermögen ist beiderseits gut, auf dem rechten etwas geringer wie links. Leider wurde eine genaue

Untersuchung der Ohren erst später vorgenommen. So viel steht fest, dass das Gehör auf der linken Seite noch erhalten, aber auf ein Minimum reducirt war. Die Nase ist an ihrer Wurzel etwas eingesunken und die Nasenlöcher dadurch emporgehoben. Das linke Nasenloch ist durch eine vom Nasenflügel ausgehende, oberflächlich erodirte, rothbraune Neubildung fast vollständig obliterirt. Geringer eiteriger Ausfluss ohne Ozaena.

Die Schneidezähne bieten ausser kleinen rundlichen Defecten nichts Abnormes. Oben ist der rechte äussere Schneidezahn durch den Eckzahn zurückgedrängt. Von den anderen fehlen oben der zweite kleine Backenzahn links, unten der erste grosse Backenzahn links. Cariös sind der erste kleine Backenzahn links und der zweite kleine Backenzahn rechts unten.

An der Grenze des harten und weichen Gaumens besteht eine trichterförmige Vertiefung. Der Grund des Trichters ist ulcerirt, aber für die Sonde nicht durchgängig. Die Uvula ist stark reducirt und gespalten. Die beiden hinteren Gaumenbogen verdickt. Auf der hinteren Wand des Pharynx sind mehrere Ulcerationen inmitten von narbigen Zügen.

Ziemlich heftige Kopfschmerzen in der Schläfegegend.

Die inneren Organe normal.

Ordination: Schmiercur mit 3·0 Unguent. ciner. — Nasendouchen mit einer $^1/_{10000}$ Sublimatlösung. Innerlich Kalii jodati. 2.

15. April 1886. JK wird bei Seite gelassen wegen Diarrhoe und grosser Empfindlichkeit des Unterleibes mit Auftreibung.

19. April 1886. Der Leib ist weniger aufgetrieben aber immer noch sehr empfindlich. Regel. Das Bein ist nicht mehr so schmerzhaft. Das linke Nasenloch ist wieder durchgängig.

10. Mai 1886. Erneute Empfindlichkeit des Bauches. Harnverhaltung. Katheter. Keine Fieber. Heftige Schmerzen in der ganzen linken Kopfhälfte und speciell im linken Ohr.

20. Mai. 30. Friction. Von nun an Chinawein, der JK in Lösung enthält (2·0 täglich). Der Harn geht wieder von selbst. In letzter Zeit heftige Schmerzen bald auf dem einen bald auf dem andern Ohr, aber namentlich links. Regel.

9. Juni 1886. Ex. auf Verlangen. Kopf- und Ohrenweh fast vollständig verschwunden. Die Ulcerationen auf dem Gaumen und im Pharynx geheilt. Die gummöse Entartung des linken Nasenflügels ganz zurückgegangen. Die Brüste, die anfangs sehr klein waren, sind inzwischen viel grösser geworden, schmerzhaft auf Druck und lassen bei der Palpation mehrere Knollen durchfühlen. Keine Secretion. Körpergewicht 87 Pfund.

22. Juni 1886 zeigt sich Patientin wieder. Der Befund der Ohren wird nun genauer aufgenommen. Beide äusseren Gehörgänge und Trommelfelle normal. Auch ist das Gehör rechts durchaus nicht gestört. Dagegen zeigt sich links eine centrale Störung des Gehörapparats, indem die Stimmgabel auf der ganzen linken Seite weder durch Luft noch durch Knochenleitung vernommen wird.

Am 28. November 1886 sehen wir die Patientin zum letzten Mal. Körpergewicht 104 Pfund. Sie war inzwischen im Dienst bei Verwandten und sieht gegenwärtig sehr blühend aus, ist auch um drei Centimeter gewachsen. Beide Nasenlöcher sind gut durchgängig, nur sind in dem linken immer einige Krusten an Stelle des früheren Infiltrates. In der Mitte der Diaphyse des rechten Humerus ist der Knochen auf Druck schmerzhaft, ohne dass eine Verdickung des Periostes oder des Knochengewebes nachzuweisen wäre. Ebenso sind die Diaphysen beider Schienbeine in den unteren Theilen bis gegen die Malleolen empfindlich. Das Periost ist daselbst leicht verdickt und die Haut um die Knöchel etwas ödematös. Ueber mässiges Kopfweh in Stirn- und Schläfegegend hat Patientin fast fortwährend zu klagen. Der Schmerz hat aber keinen nocturnen Charakter. Die Brüste sind viel stärker entwickelt, herabhängend und bläulich, auf Druck recht empfindlich. Knollige Verdickungen sind durchzufühlen. Es zeigt sich keine Secretion. Patientin kann nicht ohne Corsett herumgehen wegen der Schmerzen.

Die Periode ist seither stets unregelmässig gewesen. Bald alle vierzehn Tage bald nach drei Wochen. Dauer stets acht Tage; abundant und schmerzhaft während der ganzen Zeit.

Die Genitalien werden nochmals untersucht. Die Vagina ist auch jetzt kaum für zwei Finger passirbar.

Fall III. F... Marie, 15 J., aus Oberhergheim. Der Vater der Patientin ist seit drei Jahren vom Hause weg und hat nichts mehr von sich hören lassen. Die Mutter ist seit sechs Jahren gestorben, wie es scheint, im Wochenbett. Drei jüngere Geschwister sind gestorben, drei andere, ebenfalls jüngere, leben und sind nach Angabe des Arztes, der sie genau untersucht hat, in blühender Gesundheit.

Patientin weiss sehr wenig von ihrer Jugend zu erzählen; sie scheint sehr wenig krank gewesen zu sein. Im 9. Lebensjahre will sie während einiger Wochen zu Bette gelegen haben an einer nicht zu ermittelnden Krankheit. Kurz darauf sollen Krusten auf dem Hinterkopfe aufgetreten sein, die von selbst nach einigen Wochen verschwanden. An den Genitalien erinnert sie sich nicht, jemals krank gewesen zu sein. Vor $2^1/_2$ Jahren hat die jetzige Erkrankung begonnen mit einem Knoten vor dem rechten Ohre, der bald aufbrach und allmälig um sich griff, so dass mit der Zeit auf der rechten Wange eine rothe erhabene Fläche entstand, die bald mit Krusten bedeckt, bald trocken erschien. Vor einem Jahre entstanden Ulcerationen im Rachen und am Gaumen, die Patientin im Schlucken sehr behinderten. Flüssige Speisen kamen öfters zur Nase heraus. Selbst bis in die gegenwärtige Zeit trat dies noch hie und da einmal auf. Bepinselungen mit Höllensteinlösungen, die ein Arzt ohne sonstige Cur ausser Leberthran verordnete, brachten die Ulcerationen nach längerem Bestehen zum Verschluss, nachdem vier bis fünf Knochensplitter vom Gaumengewölbe sich losgelöst hatten (die Patientin noch zu Hause besitzt). Im Herbst 1886 brachen

mehrere Ulcerationen an der Vorderseite der rechten Tibia auf, die wie mit Locheisen ausgeschlagen erschienen. Zu gleicher Zeit zeigte sich auch unter dem rechten Auge ein Knoten, der nach und nach immer grösser wurde, schliesslich aufbrach, Eiter entleerte, wieder zuheilte, um nach einiger Zeit von Neuem aufzubrechen u. s. w. Knochenstücke sollen sich nicht losgelöst haben. Die Behandlung bestand in Verband mit in Höllensteinlösung getauchten Scharpiebäuschchen. Offenbar hat der damalige Arzt die Natur des Uebels nicht erkannt. Auch blieb die Behandlung ohne grossen Erfolg. Eine wesentliche Besserung trat erst ein, als ein zweiter Arzt Anfangs April 1886 Einreibungen mit grauer Salbe verordnete. Die Geschwüre auf der rechten Wange waren damals, wie der Arzt berichtet, fast ganz überhäutet, nur an den Rändern waren noch Borken und starke Röthung vorhanden. Nach circa 15 Einreibungen und durch locale Application von Quecksilber-Präparaten heilte die Wunde unter dem rechten Auge, wurde die Röthung auf der Wange blasser und vernarbten theilweise die Ulcerationen am Bein. Wegen mangelhafter Verpflegung wurde Patientin am 16. Juni 1886 ins Spital geschickt.

Patientin ist sehr wenig entwickelt für ihr Alter:

Körperlänge: 1·43 Meter.

Körpergewicht: 64 Pfund.

Fettpolster dürftig gebildet. Musculatur schwach. Graciler Knochenbau. Infantile Genitalien mit spärlichen Schamhaaren. Hymen intact. Brüste noch gar nicht gebildet. Regel bis jetzt nicht eingetreten. Leisten- und Nackendrüsen wenig hypertrophisch. Keine Cubitaldrüsen wahrnehmbar.

Keinerlei Affectionen der Augen. Gehör scheint ebenfalls völlig gesund zu sein.

Der Schädel ist breit bei namentlich stark hervorragenden Parietalknochen. Das Hinterhaupt fällt flach ab. Die Stirn ist breit und hervorgewölbt. Auf der rechten Wange, von einer buchtigen, scharf abgegrenzten Bogenlinie umschlossen, die von der Schläfe beginnend über die Hälfte der Wange nach dem Unterkiefer geht und längs desselben nach dem rechten Ohre hinaufzieht, befindet sich eine handtellergrosse rothe, mit weissen narbigen Streifen durchsetzte Fläche, deren Rand leicht infiltrirt und etwas dunkler geröthet, beim Darüberstreichen glatt ist. Das Ohr ist narbig verzogen, derb und verkleinert. Im rechten inneren Augenwinkel, längs des Orbitalrandes des Oberkiefers ist eine ähnliche, circa ein Markstück grosse, dunkelrothe Fläche, die aber eine viel grössere Infiltration zeigt und auf Fingerdruck schmerzhaft ist.

Der knöcherne Theil der Nase ist eingesunken, so dass die Nasenlöcher aufgeworfen erscheinen. (Patientin weiss nicht, ob diese Einsenkung erst in letzter Zeit oder von der Kindheit herrührt.) Starke Ozaena.

Das Gaumengewölbe, das mit strahligen Narben durchsetzt ist, geht an der Grenze des harten und weichen Gaumens trichterförmig gegen die Nase zu. Es ist aber nirgends mehr mit der Sonde eine Perforation nach-

zuweisen. Die Uvula ist sehr verkleinert und mit dem rechten verdickten hinteren Gaumenbogen verwachsen. Auf dem Pharynx sind narbige Züge vorhanden. Die Stimme ist hell.

Die untere Zahnreihe bietet nichts Abnormes dar, ausser dass der zweite linke kleine Backenzahn fehlt und dass die Schneidezähne leicht auseinanderstehen. Oben ist durch die Alteration des harten Gaumens die Stellung der Zähne verändert worden. Der mittlere linke Schneidezahn ist ausgefallen. Der rechte geht stark über seinen linksstehenden Nachbar in schiefer Richtung hinweg und ist sehr wackelig. Sonst bieten die Zähne selbst keine Erosionen oder Streifen; auch standen sie nach Angabe der Patientin früher normal.

An den oberen Extremitäten ist nichts Abnormes. Das ganze obere Drittel der rechten Tibia ist schmerzhaft auf Druck und geschwollen. Auf einer circa Flachhand grossen Stelle ist die bläulich verfärbte, zum Theile narbige Haut mit der knöchernen Unterlage verwachsen. Auf derselben sind vier bis fünf Bohnen- bis 5-Pfennigstück grosse, scharf umschriebene, speckig belegte Ulcerationen, die bereits eine Tendenz zur Heilung zeigen.

Brust- und Bauchorgane normal.

Der Process auf der linken Wange wird anfänglich für Lupus gehalten. Trotzdem wird versuchsweise (die genaue Anamnese wurde erst später durch den ärztlichen Bericht constituirt) wegen der entschieden syphilitischen Ulcerationen der Tibia eine mercurielle Cur eingeleitet, indem local auf Tibia und auf den Knoten unter dem rechten Auge graues Pflaster aufgelegt und die Nase mit 1 : 10.000 Sublimatlösung täglich ausgespritzt wird. Bettruhe.

Vom 18. bis 26. Juni 1886 Erysipel des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut, das in der Gegend des Ausführungsganges des Stenon'schen Canals begonnen hatte, unter heftigen Fiebererscheinungen während der ganzen Zeit, 39·6°. Der Fieberabfall plötzlich.

5. Juli 1886. Das Gesicht schält sich. Die Ozaena ist immer noch bedeutend, trotz der Sublimatausspritzungen, die nur während des Erysipels ausgesetzt wurden. Die Ulcerationen an der rechten Tibia sind unter dem grauen Pflaster sämmtlich geheilt. Ermuthigt durch diesen Erfolg und durch die inzwischen eingezogenen genaueren Erkundigungen über die Anamnese entschliessen wir uns zu einer allgemeinen Quecksilbercur (tägliche Einreibungen mit 3 Gramm grauer Salbe).

10. August 1886. Die Cur konnte bis zur 30. Einreibung ohne Unterbrechung zu Ende geführt werden. Von nun an bekommt Patientin täglich 3 Gramm Jodkali in Chinawein gelöst.

15. October 1886. Exit. auf Verlangen. Die früher rothe Fläche auf der rechten Wange ist fast vollständig in weisses Narbengewebe umgewandelt. Einzelne rothe Streifen noch in der Mitte und am Rand. Jede Infiltration ist verschwunden. Die ganze Stelle ist sogar ein wenig unter das Hautniveau gesunken. Dasselbe gilt von der Infiltration unter dem

rechten Auge, wo zwar noch auf stärkeren Druck eine geringe Schmerzhaftigkeit besteht, aber die Röthung und Schwellung fast vollständig verschwunden und sogar eine leichte Depression unter die umgebende Haut zu constatiren ist. An der rechten Tibia ist eine stark eingesunkene, weissliche, derbe, adhärente Narbe. Die Ozaena ist völlig verschwunden. Die Periode ist bis jetzt noch nicht aufgetreten. Körpergewicht von 64 Pfund auf 80 Pfund gestiegen.

Wiederaufnahme der Patientin: 26. Jänner 1887. Wegen gummöser Periostitis an der Diaphyse der linken Ulna. Die Verheilung der früher ergriffenen Stellen ist nun vollständig. Patientin hat inzwischen circa einen Monat lang Jodkali eingenommen.

Körperlänge: 1·50 Meter.

Körpergewicht: 80 Pfund.

Fall IV. Br . . . Carolina, 11 J., aus der Ruprechtsau.

Vom 14. Mai 1886 bis 27. Jänner 1887 im Spital.

Der Vater der Patientin ist Schiffer und ist ein kräftiger Mann, der keine Zeichen von Syphilis trägt. Er stellt auch jede syphilitische Erkrankung in Abrede. (Er war mehrere Jahre Soldat in Afrika.) Er gibt zu, als Witwer im Jahre 1884 sich einen Tripper zugezogen zu haben. Die Mutter der Patientin war stets kränklich und ist vor vier Jahren an einer nicht zu ermittelnden Krankheit gestorben, an der sie längere Zeit litt. Sie hatte viel über Kopfweh zu klagen und hatte fast keine Haare mehr auf dem Kopfe. Sie war sieben Mal schwanger. Kinder derselben:

1. Ein Knabe, der im 6. Lebensmonat in 24 Stunden angeblich an Lungenentzündung starb.

2. Ein Mädchen, das gegenwärtig 16 Jahre alt ist und vollständig gesund und in blühender Entwicklung zu sein scheint, auch keine früheren Krankheiten durchgemacht haben will.

3. Frühgeburt im zweiten Monat (nach Angabe der Hebamme).

4. Patientin.

5. Knabe, der gegenwärtig 10 Jahre alt, klein und schlecht entwickelt ist. Schlecht gestellte Zähne. (Die zwei oberen seitlichen Schneidezähne sehr klein bei grossen mittleren.) Scharlach im Jahre 1880. Fast taub auf dem linken Ohre. Auf dem rechten schwerhörig.

6. Gegenwärtig 9 Jahre altes Mädchen, das sehr schwächlich ist, ebenfalls schlecht gestellte und horizontal geriffte Zähne hat. Oft Schmerzen in den Gliedern mit nocturnem Charakter. Drüsen in der Leistengegend. Bronchitis chronica in dem linken oberen Lungenlappen.

7. Ein Mädchen, das bei 16 Monaten in der oben erwähnten Scharlachepidemie starb.

Patientin war als Kind stets schwächlich. Von einem Hautausschlage ist ausser Scharlachexanthem im Jahre 1880 nichts zu ermitteln. Indolente Drüsenpackete am Halse im 5. Lebensjahre. 1881 (20. Juli) wurde Patientin

während längerer Zeit in der Augenklinik behandelt wegen „Kerato-Initis". Das Detail der Behandlung und der Diagnose ist nicht mehr in den Registern der Augenklinik aufzufinden gewesen. Etwas später wurde Patientin wegen Brandwunden der linken Bauchhälfte auf der Kinderabtheilung behandelt.

Die jetzige Affection begann vor circa 1 Jahr (Angaben schwanken zwischen $^1/_4$ Jahr und $1^1/_2$ Jahren) mit einer circumscripten, indolenten Anschwellung der rechten Wange ohne nachweisbare Veranlassung. Der Knoten wuchs ziemlich schnell. Mehrere andere Knoten kamen bald darauf in der Umgebung des Ersteren und namentlich auf der Oberlippe und dem rechten Nasenflügel zum Vorschein, die alle an der Oberfläche zerfielen und deren Secret zu Borken eintrocknete. Zu gleicher Zeit verstopfte sich die Nase vollständig, der Geruchsinn ging theilweise verloren und die ganze rechte Nasal- und Wangenregion bot eine bedeutende Anschwellung dar, die das Gesicht sehr entstellte.

Auf Anrathen eines Arztes wurde Patientin auf die Abtheilung von Professor Boeckel geschickt (11. Mai 1886), von wo sie nach vier Tagen auf die dermatologische Abtheilung überbracht wurde.

Patientin ist in ihrer Entwicklung sehr zurück.

Körperlänge: 1·29 Meter.

Körpergewicht: 68 Pfund.

Die Hautfarbe ist blass. Fettpolster und Musculatur sind schwach entwickelt. Die Nägel sind normal. Der Haarwuchs ist ziemlich reichlich, und die Haare sind gut implantirt. Der Schädel ist symmetrisch und gut conformirt. Der Thorax ist mässig flach, sogar leicht eingedrückt. Auf der linken Unterleibsgegend ist eine handtellergrosse, unregelmässig flache, weisse Narbe. Auf der linken Hinterbacke und dem linken Oberschenkel mehrere 1-Markstück grosse Narben von ähnlicher Gestalt. Die Lymphdrüsen sind im Nacken und auf der linken Halsregion und unter dem Kinn gut durchzufühlen. Weder Orbital-, noch Axillar-, noch Leistendrüsen angeschwollen.

Der Befund der Augen wurde von Dr. Wieger wie folgt aufgenommen:

Rechts:

Geringer Grad von Ptosis.

Strabismus convergens et sursum vergens.

Mässiger Mikrophthalmus (Horizontaler Durchmesser der rechten Cornea $7^1/_4$ Mm., der linken Cornea $8^1/_6$ Mm.)

Maculae corneae inveteratae.

Verschiedene bestehende und gerissene hintere Synechien.

Ophthalmoskopisch sind sehr feine Glaskörpertrübungen wahrnehmbar.

Links:

Verschiedene bestehende und gerissene hintere Synechien.

Augenhintergrund normal.

Sehschärfe: Rechts: Fingerzählen auf 6 Meter.
Links: — 4 S. = $^{20}/_{40}$.

In den Ohren ist ausser einem Fremdkörper und etwas Ohrenschmalz rechterseits nichts Abnormes von Professor Kuhn constatirt worden.

Die ganze rechte Nasenhälfte, der rechte Theil der Oberlippe, die rechte Wange ist bedeutend angeschwollen und derb anzufühlen. Auf dieser infiltrirten Haut heben sich fünf bis sechs derbere, meist rundliche Infiltrate hervor, deren Oberfläche zuvor mit dicken Krusten bedeckt war, gegenwärtig durch unregelmässige, braunrothe, papillomatöse Wucherungen gebildet ist. Namentlich ist die Oberlippe gegen den rechten Mundwinkel zu bis zur Schleimhaut stark hypertrophisch und ulcerirt, mit Rhagaden in dem Mundwinkel und hängt rüsselförmig über die Unterlippe herab. Ebenso ist der rechte Nasenflügel sehr verdickt und angeschwollen, so dass das Nasenloch fast verstopft ist durch ein dunkelbraunes granulirendes Gewebe.

Durch die Sonde constatirt man eine circa linsengrosse Perforationsöffnung der Nasenscheidewand, in deren Umgebung von Periost entblösster, rauher Knochen ist. Bemerkenswerth sind in der Umgebung der grösseren Infiltrate eine Reihe kleinerer, disseminirter, hanfkorngrosser, rothbrauner Knötchen. — Der Mund kann nur wenig geöffnet werden, namentlich wegen der schmerzhaften Ulcerationen an der rechten Commissur. Die Mundhöhle zeigt keine Difformitäten. Pharynx und Zäpfchen sind ebenfalls normal. — Die Zähne sind schlecht conformirt und fehlerhaft gestellt. Der Schmelz ist graugelblich. Die Oberfläche der meisten zeigt verticale Streifen und rundliche kleine Defecte. Der freie Rand der Schneidezähne ist unregelmässig, weist keine Semilunarincisionen. Der mittlere, obere linke Schneidezahn geht schief über seinen rechten Nachbar herüber. Der erste kleine Backenzahn links oben ist cariös. Am Unterkiefer sind namentlich die zurückgedrängten Eckzähne bemerkbar, indem die Kronen der permanenten Eckzähne von unten bereits zum Vorschein kommen. Der erste kleine Backenzahn links ist ebenfalls cariös und hat seinen hinteren Nachbar schon angesteckt. — Das Zahnfleisch ist leicht angeschwollen. Ziemlich viel Speichel im Mund.

Lungen, Herz und Leber sind normal. Eine Vergrösserung der Milzfigur ist entschieden nachweisbar.

Harn normal.

Patientin ist sehr intelligent. Ihr Gedächtniss ist vortrefflich. Sie liest sehr gerne und arbeitet fleissig.

Ordination. Einreibungen mit grauer Salbe, 1 Gramm täglich. Nasendouchen mit einer $^{1}/_{10000}$ Sublimatlösung.

23. Mai 1886. Nach acht Frictionen muss die Einreibungscur wegen leichter Stomatitis unterbrochen werden.

31. Mai 1886. Patientin hat inzwischen zweimal geschmiert, hat aber wiederum ziemlich starken Speichelfluss. Statt des Hg nun Jodkali. Anfangs 0·5, später allmälig 1 bis 2 Gramm pro die. Die Oberflächen der Infiltrate haben sich etwas gebessert.

15. Juni 1886. Auch Jodkali wird bei Seite gelassen und nur noch local graues Pflaster aufgelegt, namentlich wegen der inzwischen eingezogenen Erkundigungen über die Familie, welche die Diagnose wieder schwankend machen.

28. Juli 1886. Die Besserung ist inzwischen so merklich geworden, die Granulationen so abgeplattet und fast überhäutet, dass man sich abermals zu einer Schmiercur entschliesst mit 3 Gramm Hg-Salbe. Ob Lupus mit im Spiele ist, bleibt vorläufig noch unentschieden.

5. September 1886. 32. Friction. In Folge sorgfältigerer Mundpflege konnte diesmal die Cur bis zu Ende ohne Unterbrechung geführt werden. Die Infiltration der Wange ist beträchtlich geschmolzen. Alle Ulcerationen überhäutet. Das rechte Nasenloch ist wieder gut zugänglich. Die Ulceration am Septum geheilt ohne Sequesterausstossung. Von nun an Jodkali 2 Gramm täglich.

28. October 1886. Die Besserung geht langsam aber stetig vor sich. Die früher über das Hautniveau hervorragenden Infiltrate sind nun unter das Niveau gesunken und zeigen eine weissliche, strahlige Narbe. Eine mässige Anschwellung der Wange und rechten Nasenhälfte besteht immer noch.

Vom 5. bis 11. Jänner 1887 macht Patientin bei Gelegenheit einer Epidemie ein Erysipelas faciei durch, das von einer kleinen Erosion an dem rechten Nasenflügel ausgegangen war. Nach Abfall des Fiebers blieb jedoch an den befallenen Stellen ein eczematöser Zustand der Haut zurück, der Anfangs mit Zinksalbe, später mit Ichthyolsalbe (1 : 10) behandelt wurde. Durch letztere namentlich besserte sich nicht nur das Eczem sehr schnell, sondern wurde die bis dahin immer noch sehr spröde und empfindliche Haut der rechten Wange und Oberlippe befestigt und die noch bestehende leichte Röthung der früheren Infiltrate abgeblasst. Eine Rhagade am rechten Mundwinkel, die von Zeit zu Zeit wieder aufgebrochen war, wenn Patientin den Mund zu weit eröffnete, und namentlich bei Gelegenheit des Erysipelas sich sehr vertieft hatte, heilte nun ebenfalls fest zu. — Der Geruch der Ichthyolsalbe war der Patientin sehr unangenehm.

27. Jänner 1887 verlässt Patientin auf ihr Verlangen die Abtheilung. Die rechte Gesichtshälfte ist immer noch etwas dicker als die linke. Sonst ist der Process vollständig geheilt.

Patientin ist um 3 Ctm. gewachsen.

Körpergewicht: 79 Pfund.

II. Bei allen vier Fällen handelt es sich um Syphilis.

Aus der Beschreibung dieser 4 Fälle ergibt sich zunächst, dass bei einem jeden Syphilis vorlag, dass aber die Diagnose nicht immer leicht zu stellen war, und es ist wohl der Mühe

werth, einen jeden Einzelnen einer genaueren Prüfung in dieser Hinsicht vorerst zu unterziehen.

Fall I. Am klarsten steht wohl die Sache bei Fall I. Eine Iritis kann zwar durch nichtspecifische Ursachen hervorgebracht werden. In der Mehrzahl der Fälle geht man jedoch nicht irre, wenn man sie auf Syphilis zurückführt. Hier war diese Aetiologie um so klarer, als anamnestische Angaben über früher durchgemachte offenbar luetische Erscheinungen, die einer Quecksilbercur auf das schnellste wichen, vorlagen. Die Therapie bestätigte überdies die Diagnose auf das evidenteste.

Fall II. Bei Fall II war die Erkennung der Lues für ein geübtes Auge nicht minder leicht. Das rasche Auftreten der Symptome, die schnelle Obliteration des einen Nasenloches durch eine Neubildung, das typische Aussehen dieser neugebildeten Gewebsmasse, die Ulcerationen am Gaumen, die Narben auf Gaumensegel und Pharynx, die periostitischen Erscheinungen beider Schienbeine, die Schwerhörigkeit an einem Ohr, das Alles kann in so kurzer Zeit nur durch Lues hervorgebracht werden und die specifische Therapie musste mit Erfolg gekrönt werden.

Fall III. Schwieriger schon verhält es sich mit dem III. Falle. Es handelt sich hier um einen Process, der bereits seit circa $2^1/_2$ Jahren bestand, während längerer Zeit mit nicht specifischen Mitteln erfolglos behandelt wurde und einerseits Erscheinungen der Haut, andererseits tiefere Knochenaffectionen aufweist.

Was letztere anbetrifft, so war wohl eine Verwechslung mit Tuberculose, die hier allein in Betracht kommen könnte, nicht leicht möglich. Der Lupus verursacht zwar Zerstörungen des knöchernen Gerüstes des Gesichtes mit Einsenkung der Nase und Perforation des harten Gaumens, aber er geht stets von der Haut oder den der Haut zunächst liegenden Schleimhautpartien aus und erstreckt sich allmälig über die gesunden Nachbargewebe. Ehe aber irgendwie erhebliche Zerstörungen zu Stande kommen vergehen gewöhnlich Jahre. In unserem Falle waren die Orificien der Nase und des Mundes ganz intact, war die Affection in relativ kurzer Zeit auf grosse Gebiete ohne directe Continuität übergegangen und hatten sich nekrotische Knochenstücke abgelöst, was bei Lupus gewöhnlich nicht der Fall ist. Es war also kein Zweifel über die Natur dieser Affection und die von dem zweiten

Arzt eingeleitete Quecksilbercur von glänzendem Erfolg. Es handelte sich mithin nur darum, ob der krankhafte Process auf der rechten Wange ebenfalls der Syphilis zuzuschreiben war. Freilich war die Infiltration der Haut scharf abgegrenzt ohne disseminirte Knötchen an der Umgebung und sprach die Ausdehnung des Processes innerhalb zwei Jahre entschieden gegen Lupus; trotzdem fehlte aber ein sicherer Anhaltspunkt, ein charakteristisches Zeichen für syphilitisches Gumma oder Tuberkel sowohl in der Anamnese als auch in dem Status praesens. Wir neigten sogar eher für die Diagnose: Lupus auf einem syphilitischen Individuum. Die Therapie indess entschied die Sache zu Gunsten der Syphilis. Unter der mercuriellen und nachherigen JK-Behandlung verschwand jede Infiltration, und wandelte sich die ganze Hautpartie in weisses Narbengewebe um, mit einer leichten Depression unter das übrige Hautniveau.

Fall IV. Dieselben diagnostischen Schwierigkeiten boten sich uns in noch viel höherem Grade im IV. Falle dar. Es handelte sich hier um eine Reihe theils kleiner leicht schuppender, rothbrauner Knötchen, theils circumscripter grösserer Infiltrate der Oberlippe, rechten Wange und des rechten Nasenflügels, die mit schmutzigen Borken bedeckt waren, nach deren Entfernung ein drusiges, über das Hautniveau hervorragendes, rothbraunes Gewebe sich zeigte. Ferner bestand eine bohnengrosse Perforation des Septums. Wenn wir von dem Verlauf der Krankheit, der von der Patientin jedenfalls ungenau angegeben wurde, absehen und festhalten, dass diese Affection nicht weiter als $1^1/_2$ Jahre hinaufreicht, so müssen wir vor allen Dingen sagen, dass diese relativ kurze Zeitdauer gegen Lupus spricht. Dagegen sprechen auch die circumscripten rothbraunen Infiltrate, die jedes ein Ganzes zu bilden scheinen, und weiter die circumscripte Perforation der Nasenscheidewand. Alle anderen Symptome, worunter namentlich die kleinen Knötchen in der Umgebung der grösseren Heerde und das papillomatöse Aussehen der das Hautniveau überragenden Granulationen hervorzuheben sind, mussten eher die Diagnose auf Lupus lenken. — In dem vor Kurzem erschienenen Fournier'schen Werke[1]) über tardive hereditäre Syphilis, wo die differentiell-

[1]) La Syphilis héréditaire tardive. Leçons professées par A. Fournier. 1886. p. 334.

diagnostischen Merkmale zwischen Lupus und Lues auf das Genaueste beschrieben werden, heisst es unter Anderen: „Parfois encore, ulcération, constituée par une lésion bourgeonnante végétante, par un véritable bouquet de granulations papilliformes, mûriformes, rappelant l'aspect du chou-fleur ou de la framboise (Lupus framboesioides). Recouverte parfois d'une croûte noire, cette dernière variété simule assez bien au premier aspect une lésion syphilitique. Mais il suffit de détacher cette croûte pour mettre à découverte le choufleur lupeux. Or, jamais les lésions syphilitiques ne se présentent sous cet aspect.“ Diese Schilderung passt beinahe Wort für Wort auf unseren Fall; wenn wir uns trotzdem zu einer mercuriellen Cur entschlossen haben, so geschah es einerseits wegen der ersterwähnten Gründe, welche der Syphilis das Wort sprachen, andererseits um uns die Sicherheit einer Diagnose zu verschaffen. Zu dem Zwecke durften wir natürlich keine locale antilupöse Behandlung benutzen; denn sowohl lupöse wie luetische Infiltrate können durch Cauterisationen oder Auskratzen geheilt werden. Spillmann berichtet über mehrere hartnäckige syphilitische Ulcerationen, die er schliesslich nur mittelst scharfen Löffels und Thermokauters zum Verheilen brachte. Und wie oft mögen verkannte luetische Heerde durch eine ähnliche Therapie beseitigt worden sein! Uns ist wenigstens ein Fall lebhaft in Erinnerung, der sich in hiesiger Klinik ereignet hat. Eine Frau in den mittleren Jahren wurde auf die Abtheilung wegen eines torpiden Geschwürs am linken Oberschenkel geschickt, das draussen Anfangs für specifisch gehalten und mit Protojoduretpillen ohne Erfolg behandelt wurde. In der Klinik wurde die Diagnose auf Lupus gestellt, das Geschwür ausgekratzt und mit Lapis kauterisirt und in kurzer Zeit geheilt. Zwei Jahre später kehrte die Frau wieder mit einer ähnlichen, diesmal aber typischen syphilitischen Ulceration des rechten Unterschenkels, die der Arzt im Vertrauen auf unsere frühere Diagnose Lupus mit Lapisätzungen erfolglos behandelt hatte. Eine Einreibungscur heilte diesmals das Geschwür in wenigen Wochen. In unserem Falle nun wären wir durch Auskratzen oder Cauterisation mit Lapis oder Glüheisen wahrscheinlich schneller zum Ziel gekommen namentlich bei gleichzeitiger mercurieller Cur; aber die Demonstration der luetischen Erkrankung wäre nicht sicher gewesen. Aus der Krankengeschichte ergibt sich nun, dass einen Monat nach

der letzten Friction das Oedem beträchtlich abgenommen, dass sämmtliche ulcerirten Stellen vernarbt und die Narben sogar unter das Hautniveau gesunken sind, dass jedoch einzelne kleinere Knötchen noch bestehen bleiben. Nun ist zwar bekannt, dass das Hg überhaupt antiparasitäre Eigenschaften besitzt, und dass gerade der Lupus durch Quecksilberpräparate günstig beeinflusst wird. Das Sublimat gilt als Specificum gegen den Tuberkelbacillus und es sind eben durch Sublimataufschläge lupöse Infiltrate und Ulcerationen mit grossem Erfolg bekämpft worden (Doutrelepont.) Die Methode ist jedoch eine rein äusserliche, locale und es wird eben mit Sublimat, dessen antiseptische Eigenschaften bekannt sind, gehandhabt. Anders verhält es sich mit einer allgemeinen Quecksilberbehandlung, die den erkrankten Heerd nicht direct angreift, deren chemische Wirkung sehr dunkel ist und die von allen Autoren gerade als Prüfstein für syphilitische oder lupöse Affection in zweifelhaften Fällen angewandt wird: Heilt der Process so handelt es sich um Syphilis. So lange also kein sicherer Fall von Lupus bekannt ist, der durch eine allgemeine Quecksilbercur systematisch bekämpft und zum Verheilen gebracht worden ist, müssen wir in unserem IV. Falle ebenfalls die Diagnose unbedingt auf Syphilis stellen.

III. Handelt es sich um hereditäre oder acquirirte Syphilis?

Nachdem wir somit in allen 4 Fällen die syphilitische Natur des Leidens festgestellt haben, kommen wir zu der zweiten Aufgabe unserer Arbeit, die zwar vom therapeutischen Standpunkte von untergeordneter Bedeutung, in wissenschaftlicher Hinsicht aber von um so grösseren Interesse ist. In welche Kategorie von Syphilis gehören die 4 Fälle? Sind sie der acquirirten oder der hereditären zuzuschreiben?

Ehe wir diese Frage zu beantworten suchen, müssen wir auf einige allgemeine Erörterungen über die tardive hereditäre Lues eingehen.

Es gibt gegenwärtig wohl Niemanden, der dieselbe in Abrede stellt, wenigstens diejenige Form, bei welcher in der allerersten Kindheit syphilitische Symptome vorausgegangen sind. Nur betreffs der Häufigkeit derselben besteht eine gewisse Uneinigkeit. Dass sie im Ganzen seltener ist, wie manche Autoren glauben und wie

aus den vielfach veröffentlichten Krankengeschichten hervorzugehen scheint, ist sehr wohl begreiflich. Denn:

1. Beruhen viele Mittheilungen auf falscher Beobachtung oder auf ungenügenden Angaben. Auffallend ist die Leichtigkeit, mit welcher manche Autoren auf hereditäre Lues mit Bestimmtheit schliessen, indem sie sich an einzelnen kümmerlichen anamnestischen Angaben oder an concomitirenden Symptomen (Keratitis, schlechte Zähne, Hyperostose) genügen lassen. Roussel[1]), der sich speciell mit der im Kindesalter acquirirten Lues beschäftigt hat, weist einem Autor (Victor de Méric), der 7 Fälle von hereditärer Lues anführt, nach, dass 6 derselben unbedingt der acquirirten Lues zuzurechnen sind.

2. Gehört die acquirirte Lues im Kindesalter nicht zu den Seltenheiten. Es genüge hier auf die vielfachen Ansteckungsmodalitäten hinzuweisen, die in der Literatur verzeichnet worden sind. Ansteckung durch Ammen, durch Küsse oder accidentelle Berührungen von Familienmitgliedern oder Dienstboten, durch contaminirte Gegenstände, durch chirurgische Operationen (Katheterisation der Ohrtrompete, Vaccination, Circumcision), durch nothzüchtige Handlungen.

3. Kommen hereditär luetische Kinder selten über die ersten Lebensjahre hinaus. Es wird entweder durch die syphilitische Erkrankung die Säftemischung des Körpers so alterirt, dass ein Weiterleben nicht möglich ist, und die Kinder sterben an Atrophie ohne auffällige anatomische Läsionen: oder es werden zur Entwicklung nothwendige Organe, die Leber namentlich, mit Vorliebe befallen; oder die Affection wird verkannt und nicht mit specifischen Mitteln behandelt; oder die Kinder gehen trotz einer sorgfältigen antiluetischen Cur zu Grunde.

Wir behandeln seit Ende 1885 mit zeitweisen Unterbrechungen einen hereditär syphilitischen Knaben, den wir von Geburt an beobachtet haben. Die Mutter hatte sich im dritten Schwangerschaftsmonat inficirt. Im fünften wurde sie, ehe der Schub erschien, einer Schmiercur von 24 Einreibungen unterzogen. Am 10. September 1885, am Ende der Schwangerschaft, Geburt eines scheinbar gesunden Knaben, der nach 14 Tagen ein maculo-papulöses Syphilid der Beine und Planta pedis zeigte. November wurde das Kind

[1]) De la Syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents. par A. Roussel.

längere Zeit wegen Hydrocele des rechten Hodens auf der chirurgischen Klinik behandelt. Zu gleicher Zeit entwickelte sich am Kopfe und auf der Brust eine Furunculose, die mit Auflegen von Quecksilberpflaster, Calomel und Sublimatbäder erfolglos behandelt wurde. Am 28. Jänner 1886 wurde der kleine Patient in trostlosem Zustande auf die dermatologische Abtheilung geschickt, bedeckt mit furunkelartigen Abscesschen, die ein mässiges Fieber unterhielten. Tägliche Eröffnung derselben mit Bistouri, Sublimatbäder, Calomel, 0·02 innerlich. Das Fieber verschwand nach einigen Tagen. Kurze Zeit darauf bildete sich vorübergehend eine intensive Genickstarre mit meningitischen Erscheinungen. Im März erschien auch ein grösserer Gummiknoten auf dem Sacrum, der Fluctuation zeigte, bei der Incision aber nur Blut entleerte. Mitte April wurden Mutter und Kind entlassen. Letzteres in sehr gebessertem Zustande. Einzelne Furunkel bestanden noch, die nun ambulatorisch behandelt wurden. Im Mai Convulsionen unter ausgesprochener Cyanose, im September Bronchitis und hartnäckige Diarrhoe, die durch einen längeren Aufenthalt im Spital, wo bessere Kost, Luft und Verpflegung, jedesmal beseitigt wurden. Seit dem 7. Jänner 1887 sind Beide abermals auf der Abtheilung, weil die Mutter ein sehr schlechtes, feuchtes Zimmer bewohnt und sich und das Kind sehr unsauber hält. Letzteres ist inzwischen wieder sehr heruntergekommen, zeigt oberflächlich Infiltrate der Zunge, ist heiser und leidet an hartnäckiger Diarrhoe. Die unteren mittleren Schneidezähne sind seit September durchgebrochen, an ihrem freien Rande aber mehrfach ausgekerbt. Die oberen sind eben sichtbar. Fast alle Nägel sind verbogen und tragen Querstreifen, einzelne sogar mehrere Querstreifen hintereinander. Auf der ganzen Körperoberfläche sind zahlreiche mehr oder weniger grosse Hautnarben.

Ob das Kind am Leben bleiben wird, ist zweifelhaft. Dass es aber bis dahin sich durchgeschlagen hat, ist grösstentheils der fortgesetzten medicamentösen und hygienischen Behandlung zu verdanken.

4. Scheint auch sicher constatirt, dass wenn einmal ein hereditär syphilitisches Kind die drei ersten Lebensjahre überschritten hat, es oft für immer geheilt ist, wie übrigens der von Prof. Wolff mitgetheilte Fall von späterer Reinfection illustrirt.

Wenn auch diese letztere Thatsache durch glaubwürdige Autoren erörtert ist, so ist doch das entgegengesetzte Factum, das spätere Auftreten luetischer Erscheinungen, jedenfalls häufiger und selbstverständlich nach dem, was wir von den Erscheinungen der Lues überhaupt wissen.

Gibt es nun aber auch solche Fälle, wo die hereditäre Lues während der ersten Lebensjahre absolut latent bleibt (die zweite

Varietät der tardiv hereditären Lues)? Und unter latent verstehen wir, dass keine während des Lebens wahrnehmbare Symptome zu Tage treten. Denn postmortal kann sich ja bei der anatomischen Untersuchung herausstellen, dass ein für gesund gehaltenes Kind Gummigeschwülste in inneren Organen hat oder eine charakteristische Osteochondritis in dem Wegner'schen Sinne aufweist, und dass somit die Diagnose auf hereditäre Lues gestellt werde.

Die Beantwortung obiger Frage ist natürlich eine der schwierigsten Aufgaben und nur dem kann sie glücken, der täglich ein Kind von seiner Geburt an beobachtet hat, genau vertraut ist mit allen Erscheinungen der Syphilis und jederzeit darauf sinnt, denselben nachzuspüren, dieselben erwartet. Ob dieser Mann sich je gefunden hat, ist wohl zweifelhaft, aber die Möglichkeit dieser Form der tardiv hereditären Lues kann immerhin nicht bestritten werden, und wir stützen uns hier auf einen Ausspruch Virchow's in seinen krankhaften Geschwülsten:[1])

„Wenn es oft genug vorkommt, dass die hereditäre Syphilis „selbst bei der Geburt noch latent ist, so wird man deshalb doch „nicht schliessen dürfen, dass sie im Blute enthalten sei, sondern „es wird vielmehr natürlicher sein, das als richtig anzunehmen, „was uns die Autopsien lehren, dass in innern Theilen die Infec„tionsheerde verborgen liegen. Ehe diese andere in der Art in„ficiren, dass die Eruptionen äusserlich sichtbar werden, darüber „können Tage und Wochen vergehen, ja sogar Jahre. Die soge„nannte Syphilis congenita tarda mag immerhin 2, 5, 10 Jahre und „noch länger brauchen, ehe sie Formen annimmt, welche dem Arzt „äusserlich erkennbare, diagnostische Merkmale bieten (Eruption), „innerlich ist sie gewiss in bestimmten Krankheitsheerden schon „bei der Geburt vorhanden."

Endlich müssen wir noch sagen, dass voraussichtlich die hereditäre tardive Form der Lues in späterer Zeit häufiger zur Beobachtung kommen wird, wenn die Lehre von der angeborenen Syphilis vollständig abgerundet und Gemeingut aller Aerzte geworden ist, und mithin die Therapie eine zweckentsprechendere und erfolgreichere sein wird.

---

[1]) Bd. II. S. 481.

Worauf gründet sich nun die klinische Diagnose der hereditären Lues gegenüber der acquirirten?

Vor allen Dingen ist hervorzuheben, dass die Produkte der hereditären Syphilis genau dieselben sind, wie die der acquirirten und dass ein hereditär syphilitisches Kind sich genau so verhält wie ein tertiär syphilitisches erwachsenes Individuum.

Genau genommen kann also eine unanfechtbare Diagnose auf hereditäre Lues nur auf zweierlei basirt werden.

1. Auf einen positiven Nachweis: nämlich denjenigen specifischer Symptome innerhalb der sechs ersten Lebenswochen. Denn nehmen wir an, dass ein Kind am Tage der Geburt mit syphilitischem Virus inficirt wird und rechnen wir die kürzeste Zeit bis zum Ausbruch secundärer Symptome, so kommen wir auf 14 Tage für die Incubation der Sklerose und 4 Wochen bis zum frühesten Erscheinen der Roseola. Die Frist ist freilich sehr kurz bemessen und wir können gewöhnlich den Ausbruch secundärer Symptome bis zur Concurrenz von 2, 3 Monaten fast mit absoluter Sicherheit der hereditären Lues zuschreiben. Denn eine Sklerose hinterliesse innerhalb dieser Frist noch deutlich wahrnehmbare Symptome. Nach dem dritten Monat bleibt die Sache unentschieden, denn da kann jede Spur einer in den ersten Lebenstagen aufgetretenen Sklerose verschwunden sein.

2. Auf einen negativen Beweis: die zweifellose Ausschliessung einer Infection. Steht nämlich ein Kind von der Geburt an unter ärztlicher Beobachtung und zeigen sich erst Wochen, Monate oder Jahre nach der Geburt luetische Erscheinungen, ohne dass eine typische Sklerose mit den begleitenden Drüsenanschwellungen und nachfolgender Roseola aufgetreten ist, so ist die Diagnose auf hereditäre Lues gesichert. — Man mag hier einwenden, dass die Infectionsstelle nicht immer nachweisbar ist bei Vorhandensein einer larvirten Sklerose, am collum uteri, der Vagina, dem Rectum, der Urethra, der Eustachischen Trompete. Dagegen lässt sich sagen, dass diese Arten der Sklerosen bei Kindern viel leichter erkannt werden müssen als bei Erwachsenen, die oft ein Interesse haben den Infectionsmodus zu verhehlen und die Aufmerksamkeit des Arztes davon ablenken. Bei Kindern besteht eine leicht nachweisbare Läsion der Vulva oder des Rectum und gibt sich die Sklerose durch Oedem, Ausfluss, Blutung oder Drüsenanschwellungen

kund, oder im Falle einer Ansteckung durch Catheterisation der Ohrtrompete ist die Anamnese stets leicht zu eruiren.

Ausser diesen zwei Momenten gibt es kein Factum, das eine unanfechtbare Diagnose auf hereditäre Lues erlaubte. Wären wir aber auf sie allein beschränkt, so wäre es selbstverständlich sehr schlecht mit der angeborenen Syphilis bestellt. Denn nur in den seltensten Fällen kann diesen Anforderungen genügt werden.

Glücklicherweise gibt es eine Reihe von Thatsachen, von denen die Einen fast mit Sicherheit, die Anderen mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose zu stellen erlauben, und deren Werth wir in Kürze besprechen wollen.

Wir haben vor allen Dingen anamnestische Momente:

1. Der Nachweis der Syphilis der Eltern und namentlich der Mutter. Denn ob der Vater allein die Syphilis auf das Kind übertragen kann, scheint heutzutage zwar noch nicht ausgeschlossen zu sein und ist auch theoretisch nicht auszuschliessen, da man immerhin annehmen kann, dass ein befruchtendes Spermatozoon mit einem Syphilisbacillus behaftet ist und trotzdem lebensfähig bleibt. Aber jedenfalls muss dieser Infectionsmodus, wenn er überhaupt vorkommt, und die negativen Resultate der Ueberimpfung von Sperma Syphilitischer scheinen dagegen zu sprechen, verschwindend selten sein gegenüber der maternen Infection, wie namentlich Diday [1]) nachgewiesen hat. Denn Jedermann nimmt an, dass die Syphilis Latenzperioden hat, während welcher sie nicht übertragbar ist, ebenso ist constatirt, dass eine specifische Behandlung von Wirkung auf den Gesundheitszustand der Kinder ist, und Männer haben eher die Neigung sich mit Quecksilber oder Jod behandeln zu lassen als Frauen, die ihre Lues oft ignoriren; endlich überträgt der Mann den Infectionsstoff nur während einer Secunde und mit einem Spermatozoon, dem befruchtenden, während ihn die Frau nicht nur durch das Ei, sondern während 9 Monate durch das Blut übertragen kann. — Es kommt also hauptsächlich die Mutter in Betracht. Aber freilich, wenn nur die Syphilis des Vaters bekannt ist, liegt die Annahme einer Infection der Mutter auf der Hand, wenn nicht überhaupt der Vater von der Mutter inficirt worden ist.

[1]) P. Diday. La pratique des maladies vénériennes. 1886. p. 486.

Der syphilitische Befund der Eltern und Kinder kann nun auch daher rühren, dass letztere eine accidentell erhaltene Ansteckung auf Erstere übertragen haben, und es sind mehrere Fälle in der Literatur verzeichnet, wo das durch die Amme inficirte Kind später die Mutter, die Mutter den Vater angesteckt hat. Aber es sind dies verhältnissmässig seltene Fälle, und ein geübter Arzt wird meistentheils nach einigen Untersuchungen auf die richtige Spur geleitet werden, oder es wird der ganze Sachverhalt von den Eltern spontan mitgetheilt.

2. Vorausgegangene Aborten oder Polylethalität.

Der habituelle Abortus kann zwar bedingt sein durch intercurrente Krankheiten, die bei jeder Schwangerschaft auftreten (Nephritis) oder durch chronische einfache Endometritis oder Metritis oder durch Retroflexion oder durch ein mechanisches Hinderniss für die Ausdehnung des Uterus (Tumor). Aber alle diese ätiologischen Momente sind verschwindend selten gegenüber der Syphilis. Die Frucht stirbt ab entweder durch innerliche, mit der Lebensfähigkeit nicht vereinbare, syphilitische oder durch placentare Erkrankungen (gumma) welche die nöthige Blutzufuhr verhindern; und dann ist es ganz gewöhnlich, dass der Fötus nach mehr oder wenig langer Zeit, die meist nicht zwei Monate überschreitet, ausgestossen wird, weil die Schwangerschaft unterbrochen wird. — Ferner gibt es specifische Läsionen der Eihüllen, die eine Loslösung von der Uteruswand herbeiführen und so den Abortus bedingen; endlich specifische Erkrankungen der austreibenden Organe; wie es denn überhaupt gewöhnlich ist, dass Lues Störungen in der Menstruation und Endometritis mit sich bringt. — Wie dem auch sei, wenn wir bei einem lebenden syphilitischen Kinde im Zweifel sind über die Natur seiner Lues und wir erfahren, dass eine Reihe von Frühgeburten vorausgegangen sind, so können wir mit der grössten Wahrscheinlichkeit die hereditäre Form annehmen. Die Wahrscheinlichkeit wird etwas geringer bei der Polylethalität, weil neben der Syphilis hauptsächlich die Tuberculose als ätiologisches Moment für dieselbe aufzuweisen ist, obwohl bei der Tuberculose die Kinder meist in späteren Jahren sterben.

Immerhin muss der Nachweis derselben in einem zweifel-

haften Falle von Lues die Wagschale zu Gunsten der Heredität neigen machen.

Gibt es nun aber auch an dem hereditär syphilitischen Individuum selbst Erscheinungen, die mit einiger Bestimmtheit auf die Vererbung hinweisen?

Die Wissenschaft antwortet mit der Affirmative. Denn, wenn auch die Produkte der hereditären Syphilis nicht verschieden sind von den der acquirirten, so müssen doch dadurch, dass die angeborene Lues das im Werden begriffene Kind befällt und es in seiner späteren Entwickelung begleitet, evidente Abänderungen in dem gewöhnlichen Verlauf der erworbenen Lues zu Stande kommen.

In erster Linie ist hervorzuheben:

1. Der Habitus eines hereditär syphilitischen Kindes. Wir denken hier namentlich an kleinere Kinder, speciell Säuglinge, deren unbeschreibbarer, altkluger, affenähnlicher Ausdruck, graugelbe Farbe und runzelige Haut oft auf den ersten Blick eine hereditäre Lues vermuthen lassen und die in grellem Widerspruch zu den gewöhnlich gesund aussehenden mit acquirirter Syphilis behafteten Kindern stehen.

2. Die Entwicklungsstörungen in späteren Jahren: Das kindliche Aussehen von 18—22jährigen Patienten, die beschränkte geistige Befähigung (resp. Idiotismus), die spät eintretende Pubertätszeit (infantile Genitalien, retardirte Menstruation, mangelhafte Entwickelung der Brüste).

3. Die Hutchinson'sche Trias: Die Läsionen der Hornhaut, der permanenten Zähne, der Ohren.

In dieser so sehr bestrittenen Frage, wo die Einen pathognomonische Zeichen, die Andern blos gemeine Störungen sehen, können selbstverständlich nur die allerneuesten Untersuchungen massgebend sein. Denn die Lehre der tardiv hereditären Lues steht zwar auf der Tagesordnung heutzutage, ist aber noch sehr wenig in die Praxis eingeführt worden und wird fast täglich durch neue Beobachtungen bereichert, die das bisher Gelehrte modificiren.

Was nun die Keratitis parenchymatosa, das frequenteste Symptom der Trias anbelangt, so stimmen wohl heutzutage alle Autoren darüber überein, dass sie dieselbe als eine trophische Störung auffassen, die von sehr verschiedenen Ursachen: Syphilis, Scrophulose, Anämie, Malaria, schlechte Ernährung, bedingt sein

kann. Nur betreffs der Häufigkeit der einen oder anderen Aetiologie gehen die Meinungen sehr auseinander. Den meisten Ophthalmologen zu Folge ist auf 20 Fälle Einer auf Syphilis zurückzuführen. Die Kinder mit Keratitis parenchymatosa seien nachweislich nicht syphilitisch und behandle man die auf Syphilis Verdächtigen mit Quecksilber, so bleibe die Cur erfolglos. Nach den meisten Syphilidologen dagegen, die dieser Frage ihre specielle Sorgfalt gewidmet haben, ist die Mehrzahl der Keratitiden im Kindesalter durch hereditäre Lues hervorgebracht.

Wir sind der Ueberzeugung, dass die Meinung der Letzteren durchdringen wird; denn 1. ist der Nachweis der Lues im Kindesalter und besonders der hereditären meist ein ungemein schwieriger. 2. Ist es den Ophthalmologen materiell schwer möglich, das nöthige Augenmerk auf den diesbezüglichen Nachweis zu richten. 3. Beweist eine fehlgeschlagene Jod- oder Quecksilbercur nicht endgiltig gegen die nicht specifische Natur einer Läsion. Die Quecksilberpräparate und Jodverbindungen sind eben nicht gleichwerthig und die Art ihrer Verabreichung nicht gleichgiltig, werden überdies ungleichmässig ertragen. Wir kennen zum Beispiel einen Fall von tertiären syphilitischen Rachengeschwüren bei einem herabgekommenen Individuum (also das Analoge der hereditären Lues), wo weder Jodkali in grösseren und Wochen lang fortgesetzten Dosen, noch Einreibungen mit grauer Salbe, noch Cyanquecksilber-Injectionen von irgend welcher erheblicher Wirkung waren und wo schliesslich nur durch Injection von Glycocollquecksilber eine Heilung geschafft wurde. Wenn also eine Keratitis parenchymatosa durch Einreibungen oder durch innerliche Dosen von Calomel bei gleichartiger localer mercurieller Behandlung nicht beseitigt wurde, so ist dies um so weniger zu verwundern, als dieselbe nicht eine specifische Form der Syphilis, sondern eine allgemeine Ernährungsstörung darstellt. Es erübrigt nun noch die Beziehungen der Keratitis parenchymatosa zur hereditären Syphilis festzustellen. In der Lehre der im späteren Alter erworbenen Lues finden wir sie jedenfalls nicht. Denn sie tritt mit Vorliebe im 8. bis 15. Lebensjahre auf. Es ist also schon durch diesen Umstand der Einfluss der acquirirten Lues als ätiologisches Moment entschieden gering. Indessen verhält sich eine in den Kinderjahren erworbene Syphilis anders, wie die später erworbene; weil das

Kind mit ihr die Pubertätsperiode durchmachen muss, und eine in die Constitution so eingreifende Krankheit auch die fragliche Nutritionsstörung der Hornhaut hervorbringen kann. Die Möglichkeit ist jedenfalls gegeben. Thatsächlich sind auch einige Fälle beschrieben worden; aber im Ganzen sind sie äusserst selten gegenüber der anderen Form und wir kommen so zu dem Resultat, dass die Keratitis parenchymatosa in den meisten Fällen auf hereditäre Lues mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen lässt.

Gehen wir auf die Läsionen der permanenten Zähne über, so haben wir es auch hier mit denselben Meinungsverschiedenheiten zu thun. Alle Autoren geben zu, dass Nutritionsstörungen vorliegen, die von den verschiedensten Ursachen, worunter Syphilis, Rhachitis und Convulsionen die häufigsten sind, hervorgerufen werden können, nur stellen manche die Syphilis in den Vordergrund. Unter den vielfachen Malformationen der Zähne ist eine, die ein besonderes Interesse verdient: die sogenannte Hutchinson'sche Semilunarincision des freien Randes der permanenten Zähne, speciell der mittleren oberen Schneidezähne. Irrthümlicherweise werden unter dieser Bezeichnung sehr mannigfache Zahneinschnitte begriffen und viele Autoren fühlen sich berechtigt, dieselben als einfache, nicht specifische Läsionen anzusehen. Und doch geht aus den Hutchinson'schen Abbildungen ein ganz bestimmter Typus von Missbildung der Schneidezähne hervor. Es besteht nämlich in dem ausgesprochenen Stadium an dem freien Rand derselben ein halbmondförmiger Ausschnitt, der eine von oben nach unten und von vorn nach hinten gehende Kante zeigt und der an beiden Seiten abgerundete Ecken trägt. Ausserdem sind die fraglichen Zähne am Hals breiter als am freien Rand und bieten die mittleren oft eine fehlerhafte Stellung, indem sie gegen einander convergiren. Dieser Befund ist je nach dem Alter des Zahnes verschieden. Anfangs ist die Incision der hinteren Seite noch ausgefüllt mit Dentinmassen, die aber bald zerbröckeln und einen vollkommenen Einschnitt zurücklassen. Später flacht sich der Halbmond durch die Usur ab, im 25. Jahre ist gewöhnlich der Rand ganz eben, nur bleibt noch für eine gewisse Zeit die erwähnte Kante bestehen. Hutchinson sieht nun diese bestimmte Malformation als pathognomonisch für hereditäre Syphilis an und zwar, nach seinen neuesten Angaben, nur für die mittleren oberen

Schneidezähne. Fournier spricht sich behutsamer aus. Er hält sie nicht für absolut charakteristisch; aber er fügt hinzu: „et cependant je suis encore à trouver un seul cas, où ce signe m'ait trompé!“

Wir haben vor Kurzem zufällig einen Fall von semilunarer Incision der mittleren oberen Schneidezähne gefunden bei einem 11jährigen Mädchen, dem im Jahre 1880 wegen Tumor albus des linken Knies von Dr. Jul. Boeckel die Kniegelenksresection mit Erfolg gemacht wurde. Durch Professor Wolff erfuhren wir, dass er zwei Jahre vorher das Kind wegen einer Sklerose der Unterlippe behandelt habe, die demselben durch eine syphilitische Dienstmagd mitgetheilt worden war. Ob die Knieaffection in Zusammenhang mit der Lues zu bringen ist, konnte trotz eifriger Nachforschungen nicht entschieden werden. Jedenfalls ist das Knie vollständig geheilt unter starker Verkürzung und Atrophie der Musculatur. Was nun die erwähnten Zähne betrifft, so boten sie die mit der typischen Kante versehene Semilunarincision mit Erhaltung der hinteren Wand dar. Die beiden Ecken sind jedoch nicht abgerundet und die Zähne zeigen ausser oberflächlichen Längskerbungen eine gute Configuration, namentlich ist der Breitedurchmesser am Hals wie am freien Rande gleichmässig. Ausser diesen beiden Abweichungen stimmt der Befund mit der Hutchinson'schen Darstellung überein; und wir hätten somit das merkwürdige Factum einer Hutchinson'schen Semilunarincision bei acquirirter Lues. Ob aber die beschriebene Aehnlichkeit genügend ist, um die Hutchinson'sche Theorie zu erschüttern, bleibt dahingestellt.

Was die anderen Anomalien der Zähne angeht, wie rundliche Längs- oder querverlaufende Erosionen, weisse, milchige Querstreifen, Usur der Krone der Eckzähne, seitliche Abplattung, ferner Mikro- und Makrodontismus, Auseinanderstehen der Zähne, so sind wohl keine derselben irgendwie charakteristisch, sondern können höchstens die Aufmerksamkeit auf hereditäre Syphilis lenken. Zu bemerken ist nur, dass die Syphilis viel häufiger die letzterwähnten Anomalien hervorruft und dass die Hutchinson'sche Semilunarincision eine Seltenheit ist.

Die dritte Erscheinung der Hutchinson'schen Trias besteht in einer gewöhnlich schmerzlos auftretenden Taubheit, die ent-

weder in Folge eines Mittelohrkatarrhs mit Perforation des Trommelfells nach mehr oder minder langer Zeit zu Stande kommt, oder durch eine centrale Störung im Gehörapparat ohne nachweisbare äussere Läsion hervorgerufen worden ist. Namentlich wird die letztere Art als bezeichnend angegeben und vorzüglich das schnelle Auftreten der Affection inmitten scheinbar völliger Gesundheit, der schmerzlose Charakter derselben und die Machtlosigkeit jeder Therapie.

Vom theoretischen Standpunkt ist es nicht ausgeschlossen, dass die aufgezählten Symptome auch Folge acquirirter Syphilis seien, und in der That kommen beide Arten der Taubheit gleichfalls bei ihr vor. Es scheint jedoch festzustehen, dass die durch die acquirirte Lues verursachten Ohrläsionen meist heftige Schmerzen verursachen, und ferner gehört die centrale Störung des Gehörapparates mit consecutiver absoluter Taubheit ohne äussere Läsionen bei der acquirirten Form so zu den Seltenheiten, dass ein Schluss auf hereditäre Lues wohl berechtigt wird. Es bedarf wohl weiterer Erfahrungen in dieser Hinsicht, um eine Entscheidung treffen zu können.

Was von den anderen Merkmalen der hereditären Lues angegeben wird, wie Hyperostosien, multiple Hautnarben, Läsionen der Hoden, Störungen des Centralnervensystems, so unterscheiden sie sich in keiner Weise von denjenigen der erworbenen. Nur lässt sich im Allgemeinen sagen, dass wenn wir in den ersten Lebensjahren tertiäre Erscheinungen finden, wir eher auf hereditäre Lues zu denken haben, dass andererseits aber secundäre Symptome in den späteren Kindes- oder Jugendjahren fast mit Sicherheit eine hereditäre Causalität ausschliessen.

Zum Schlusse dieser Erörterungen muss noch hervorgehoben werden, dass, wenn auch jedes Einzelne der oben erwähnten Facta für sich genommen eine hereditäre Lues vielleicht nur vermuthen lässt, das Zusammentreffen mehrerer Thatsachen, wie zum Beispiel der gleichzeitige Befund einer Keratitis parenchymatosa, von Zahnmalformationen und Taubheit verbunden mit dem Nachweis der Syphilis der Eltern und vorausgegangener Aborten, fast mit absoluter Sicherheit auf hereditäre Lues schliessen lässt.

IV. Anwendung auf die vier Fälle.

Wenden wir nun das Gesagte auf unsere vier Fälle an, so müssen wir vor Allem gestehen, dass keiner derselben mit vollständiger Sicherheit zur hereditären Lues gezählt werden kann. In der That können wir bei keinem mit Bestimmtheit eine Infection ausschliessen, und bei keinem sind innerhalb der sechs ersten Wochen (resp. 3 Monaten) specifische Erscheinungen ärztlich constatirt.

Trotzdem können wir mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit für unsere Fälle eine Entscheidung treffen.

Was den ersten Fall anbelangt, so ist die Syphilis der Mutter constatirt, denn sie litt an ärztlich festgestellten specifischen Symptomen, die lange jeder Therapie widerstanden, einer mercuriellen Behandlung jedoch schnell wichen. Ist nun aber der Initialaffect wirklich in den sechsten oder siebenten Schwangerschaftsmonat zu verlegen, wie die Mutter angibt? Concrete Sicherheit besteht nicht. Allerdings existirt heute noch die Narbe am Finger als untrügliches Zeichen eines früher bestandenen Geschwüres und entspricht die indolente Anschwellung der Drüsen am Arm und die lange Dauer der Ulceration ganz dem Verlaufe der Initialsklerose; und weiter ist wohl einer Hebamme nicht jedes ärztliche Verständniss abzusprechen. Endlich haben wir persönlich keinen Anhaltspunkt, an der Glaubwürdigkeit der Mutter zu zweifeln, allerdings ein Argument mehr menschlichen als wissenschaftlichen Gewichtes. Zwei dem Patienten vorausgegangene Geschwister starben erst zwischen 20 und 30 Jahren; die eine Tochter wahrscheinlich in Folge eines Puerperalfiebers, während die drei, welche auf den Patienten folgten, sämmtlich in den ersten Lebensjahren starben, so dass also eine Infection in der Zwischenzeit recht wohl möglich gewesen wäre.

Der Patient selbst soll sehr gesund zur Welt gekommen, nach 14 Tagen aber stark abgemagert sein und nach sechs Wochen ungefähr einen Ausschlag am Halse gezeigt haben, der sehr schnell und ohne specifische Therapie heilte. Wenn auch dieser letzte Umstand nicht durchschlagend ist, so entspricht doch der ganze Verlauf dieser Lebensperiode dem gewöhnlichen Verlaufe der hereditären Lues. Ferner versichert Patient auf das bestimmteste, nie den Coitus ausgeübt und sich so der häufigsten Ansteckungs-

quelle entzogen zu haben. Diese Versicherung wird wohl angesichts der 30 Jahre des Patienten mit wohlgemeintem Lächeln empfangen werden. Wer jedoch, wie wir, den Patienten gesehen hat und genau kennt, kann nicht umhin, seinen Angaben Glauben zu schenken. Wichtig ist ferner, dass Patient in seiner Kindheit eine Keratitis parenchymatosa durchgemacht hat, was nach unserer früher ausgesprochenen Ueberzeugung eine schwerwiegende Präsumtion für hereditäre Lues ist. Was die Ohren anbetrifft, so hätte man bei oberflächlicher Untersuchung einen nahezu normalen Befund annehmen müssen, da das Gehör merkwürdigerweise beiderseits sehr wenig alterirt ist. Bei genauerer Prüfung zeigten sich jedoch beiderseits die Spuren einer früher durchgemachten Affection, die auf dem rechten Ohre gegenwärtig ein leichtes Recidiv aufweist. Es muss jedenfalls früher ein vom Pharynx fortgeleiteter eitriger Mittelohrkatarrh, der eine Perforation beider Trommelfelle bewirkte, bestanden haben. Ob die Affection schmerzlos aufgetreten war, ist wahrscheinlich, da auf unser Anfragen weder die Mutter noch der Sohn Anfangs sich derselben überhaupt erinnerten.

Es handelt sich also hier um die oben zuerst erwähnte Form der Hutchinson'schen Ohrenläsion, die zwar weniger charakteristisch wie die zweite ist, aber im Vereine mit anderen Symptomen und namentlich wegen ihres indolenten Charakters die Diagnose: hereditäre Syphilis stützen hilft.

Die Zähne bieten keine charakteristischen Malformationen dar, wenn man nicht den milchigen Querstreifen auf den mittleren oberen Schneidezähnen als solche ansieht, wozu wir nicht neigen. Hiezu kommt, dass etwaige bezeichnende Läsionen der Schneidezähne wahrscheinlich früher nicht bestanden haben, oder aber im Alter des Patienten bereits spurlos verschwunden sein mögen.

Wenn wir schliesslich noch die späte Entwicklung des Patienten erwähnt haben, so müssen wir auf Grund aller aufgezählten Thatsachen in diesem Falle mit allergrösster Wahrscheinlichkeit auf hereditäre Lues schliessen.

Eine ähnliche Beweisführung ist leider für die Fälle II und IV nicht möglich. Trotzdem sind wir zu dem gleichen Schlusse geneigt.

Vor allen Dingen fehlen hier anamnestische Anhaltspunkte, was die Eltern betrifft, namentlich für den Fall II, wo wir nur wissen, dass Patientin ausser Ehe geboren ist, und andererseits, dass keiner ihrer Pflegeväter ein ungünstiges Zeugniss über ihre Moralität ausstellte. Bei Fall IV wissen wir wenigstens so viel, dass der Vater längere Zeit Soldat in Afrika war, dass die Mutter in ihren letzten Jahren viel an Kopfschmerzen litt und fast alle Haare verloren hatte, dass ferner der Geburt der Patientin ein Abortus vorausging, während das erste Kind bis auf heute in blühender Gesundheit steht, dass die nachfolgenden Kinder dagegen schwächlich sind, in der Entwicklung zurückstehen und schlechte Zähne haben und ferner dass eines sehr schwerhörig ist. Wir müssten also annehmen, dass eine Infection der Mutter vor dem Abortus stattgefunden hat.

Was die Patientinnen selbst angeht, so sind beide sehr klein und für ihr Alter wenig entwickelt, bei Fall II besteht ausserdem Asymmetrie des Schädels, haben beide sehr schlechte Zähne — allerdings ohne charakteristische Merkmale — tragen beide die Zeichen einer durchgemachten parenchymatösen Keratitis, die bei Fall IV mit Iritis complicirt war; endlich ist bei Fall II während des Aufenthaltes der Patientin im Spitale eine linksseitige centrale Störung des Gehör-Apparates ohne äussere wahrnehmbare Läsion aufgetreten mit nachfolgender absoluter Taubheit. Nur ist diese Läsion zeitweise von ziemlich heftigen Schmerzen begleitet gewesen.

Aus diesem Symptomencomplexe erhellt mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf hereditäre Lues. Abschwächend wirkt bei Fall II die Thatsache, dass Patientin einen gelappten Hymen zeigt. Derselbe ist jedenfalls nicht angeboren, da Patientin selber diesen Zustand auf eine zufällige Gewalteinwirkung zurückführt. Inwieweit ihre Angabe richtig oder ob eher Masturbation im Spiele ist, bleibt dahingestellt. Die Vagina scheint jungfräulich zu sein. Der Angabe der Patientin, dass sie nie den Coitus ausgeübt habe, können wir persönlich nicht vollen Glauben schenken.

Fall III hingegen können wir mit einiger Wahrscheinlichkeit auf acquirirte Syphilis zurückführen, obwohl positive Anhaltspunkte fehlen. Was uns zu dieser Ansicht zwingt, ist erstens der Umstand, dass sämmtliche jüngeren lebenden Geschwister der

Patientin in blühender Gesundheit sich befinden, ausweislich des ärztlichen Berichtes, zweitens dass Patientin zwar schlechtgestellte Zähne hat, dies jedoch auf die vorausgegangene Veränderung des Gaumengewölbes zurückzuführen ist und Patientin selber angibt, früher normal gestellte Zähne gehabt zu haben, eine Malformation derselben auch nicht vorliegt, drittens, dass Seh- und Gehör-Apparat vollständig normal sind. Allerdings steht Patientin für ihr Alter in der Entwicklung zurück, namentlich bei infantilen Genitalien. Ihre Stirn ist vorgewölbt, das ganze Aussehen kindlich. Diese Symptome stehen jedoch, wie wir gesehen haben, einer im Kindesalter acquirirten Lues keineswegs entgegen.

Wir schliessen diese Arbeit mit etlichen Bemerkungen über die Therapie.

Wir sind keine blinden Verehrer der Jodbehandlung. In allen vier Fällen haben wir mit einer Quecksilber-Behandlung begonnen und das Jodkali nur als Nachcur folgen lassen. Wir thun dies hauptsächlich darum, weil das Quecksilber zunächst meist besser vertragen wird, wofern nur für nöthige Mundpflege gesorgt wird. Das Jodkali verursacht anfänglich die oft sehr lästige Reizung des Respirationstractus. Der Jodschnupfen kann zwar, wie wir uns überzeugt haben, durch Application einer Cocaïnlösung sehr erträglich gemacht werden; aber gegen Laryngitis und Bronchitis stehen wir machtlos da. Ferner bewirkt das Jodkali bei dem geringsten Diätfehler Durchfälle, was bei dem äusserlichen Gebrauch des Quecksilbers (ausser bei Cyanquecksilber-Einspritzungen) nicht gewöhnlich ist. Endlich zwingt uns die Jodacne, der nicht vorzubeugen ist, sehr häufig zum Aussetzen der Medication. Die Wirkung des Quecksilbers ist ausserdem bei heruntergekommenen Individuen, wie sie bei unseren Fällen sich vorfanden, eine in hohem Grade belebende. Die Gewichtszunahme bei Fall II und III war eine geradezu erstaunende, und mit ihr ging eine allgemeine Hebung der Constitution Hand in Hand. Endlich sind wir der Ansicht, dass das Quecksilber selbst bei tertiären Formen prompter und sicherer wirkt, namentlich wenn die Cur energisch vorgenommen und das geeignete Präparat getroffen wird. Wie wir bereits früher (S. 770) gesehen und durch

einen Fall illustrirt haben (und wir könnten deren mehrere aufzählen) scheinen die Verbindungen des Quecksilbers nicht gleichwerthig zu sein. Für gewöhnliche Fälle begnügen wir uns mit Einreibungen von grauer Salbe und lassen womöglich, falls es sich nicht um kleine Kinder handelt, welche Calomeldosen sehr gut vertragen, eine innere Behandlung bei Seite. Wo aber Gefahr droht, greifen wir sofort zu den Injectionen und mit Vorliebe zu den von Prof. v. Mering und Wolff empfohlenen Glycocoll-Quecksilber-Einspritzungen. Sie schmerzen zwar meist etwas länger wie die Cyanquecksilber-Injectionen, wirken aber, wie wir aus persönlicher Erfahrung wissen, sicherer und schneller. Wir brauchen übrigens nur auf Fall I hinzuweisen, wo nicht nur die bevorstehende Panophthalmie auf das schnellste mittelst derselben abgewendet wurde, sondern auch die langjährige Coryza, die weder der Jod-Therapie, noch den Einreibungen gewichen war, verschwand. Mit dem Quecksilber müssen aber nothwendiger Weise hygienische Massregeln verbunden werden. Es genüge hier, an den Seite 763 citirten Fall eines hereditär syphilitischen Kindes zu erinnern, der bei ambulatorischer Quecksilber-Behandlung herunterkam, weil die Mutter in hygienischer Hinsicht es an dem Nöthigen fehlen liess, im Spital dagegen, wo relativ bessere Luft und Kost, verbunden mit grösserer Reinlichkeit vorhanden war, mit derselben Medication jedesmal gekräftigt und gehoben wurde.

Endlich sei noch erwähnt, dass das bei Fall III und IV intercurrente Erysipelas auf den Syphilisprocess absolut keine curative Wirkung hatte.